CNE.online - Certified Nursing Education

DOI: 10.1055/s-0037-1607473
Lesedauer aller Beiträge dieser Lerneinheit: ca. 45 Minuten

Gut geplant

Pflegeintervention

Präoperative Vorbereitungen bei abdominellen Operationen

Lars Gröne

Lerneinheit

Pflege in der Abdominalchirurgie

Anerkannt als Bildungsmaßnahme
Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen
Thieme
im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender

Thieme

 DOI: 10.1055/s-0037-1607473

Zusammenfassung

Im Beitrag werden zunächst die allgemeinpflegerischen Maßnahmen zur Vorbereitung einer Operation beschrieben, bevor auf die spezielle präoperative Pflege in der Abdominalchirurgie eingegangen wird.

Empfang auf der Station

Ehe der Patient auf einer Station sein Zimmer bezieht, sollte die zuständige Pflegeperson folgende Informationen zum Belegungsmanagement erhalten, bzw. sich diese einholen:

- Für welche Leistungen hat der Patient unterschrieben? Gibt es evtl. einen Wahlleistungsvertrag in Verbindung mit Arzt- und Ein- oder Zweibettwahl?
- Mit welcher Diagnose wird der Patient aufgenommen und welche Therapie ist geplant?
- Wie alt ist der Patient, welches Geschlecht hat er und in welchem Allgemeinzustand befindet er sich?
- Besteht eine bekannte Besiedlung mit einem multiresistenten Keim?
- Benötigt der Patient Hilfsmittel wie beispielsweise einen Rollstuhl oder einen Lifter und können diese im geplanten Raum ohne Einschränkung genutzt werden?
- Sind Besonderheiten aus den Nebendiagnosen bekannt, die für die Zimmerwahl bedeutend sind (z. B. eine Immunschwäche, die eine Umkehrisolation erforderlich macht)?
- Gibt es sonstige Ursachen, die Einfluss auf die Zimmerbelegung nehmen (z. B. lautes Schnarchen, sozio-kulturelle und religiöse Hintergründe, Platzangst)?

Werden diese Faktoren im Vorfeld mit der zu übergebenden Einheit nicht besprochen, kann es während des Aufnahmeverfahrens auf der Station zu einer Umdisposition kommen, die zum einen auf den Patienten einen unprofessionellen Eindruck hinterlassen und zum anderen für die Pflegenden mit einem unnötigen Mehraufwand verbunden ist. Darüber hinaus unterstreicht diese Herangehensweise von Beginn an eine Haltung, die es ermöglicht, den Patienten als Individuum wahrzunehmen und ihn nicht auf eine Diagnose zu reduzieren. Auch wenn auslastungsbedingt (eingeschränkte Zimmerwahl durch bereits belegte Betten) nicht alle beschriebenen Punkte berücksichtigt werden können, so ist es ratsam, dieses mit dem Patienten zu kommunizieren, um Missverständnisse zu vermeiden.

Im Anschluss an die abgeschlossene Zimmerplanung erfolgt der persönliche Empfang des Patienten und ggf. seiner Begleitpersonen durch die zuständige Pflegefachkraft. Je nach körperlichem und psychischem Befinden des Erkrankten (Notfall, starker Schmerz, Übelkeit usw.), sollte ein kurzes Gespräch mit den aufgeführten Inhalten erfolgen:

- namentliche Vorstellung der Pflegefachkraft und kurze Erklärung über den weiteren Ablauf nach dem Gespräch
- Mitteilung der genauen Stationsbezeichnung und der Zimmernummer

- namentliche Vorstellung der Mitpatienten
- Einweisung in die Lichtrufanlage inklusive der Anlage im Nassbereich, Bettfunktionen, ggf. Bedienung des Fernsehgeräts, des Telefons und der Internetnutzung
- Regelung der Wertsachenverwaltung
- Bekanntgabe der Visiten-, Essens-, Ruhe- und Besuchszeiten
- Information und Klärung zur Bereitstellung von Handtüchern und Pflegehilfsmitteln
- Aufklärung über die Bedeutung der Händedesinfektion und ggf. Einweisung in die korrekte Durchführung
- gegebenenfalls Erläuterung weiterer Hygienemaßnahmen (z. B. bei Besiedlung mit einem multiresistenten Staphylokokkus aureus)
- Bereitstellung von Mineralwasser (insofern der Patient trinken darf)

Merke

Das Informationsgespräch sollte nur dann in ausführlicher Form geführt werden, wenn die physische und psychische Verfassung des Patienten es zum Zeitpunkt der Aufnahme zulässt. Die Pflegefachkraft muss in der Situation entscheiden, welche Informationen relevant und welche später mitgeteilt werden können.

Hilfreich ist es, wenn der Patient in Kombination zu dem Gespräch einen Flyer ausgehändigt bekommt, in dem er allgemeine Abläufe, Zeitenregelungen, Dienstleistungen und die für ihn und seine Angehörigen wichtigen Telefonnummern nachlesen kann.

Pflegeanamnesegespräch und Pflegeplanung

Pflegeanamnesegespräch

Im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns steht das Pflegeanamnesegespräch. Es findet mit dem Patienten idealerweise in einer ruhigen Atmosphäre in den ersten 24 Stunden nach der stationären Aufnahme statt. Im Gespräch werden der Allgemeinzustand des Erkrankten ermittelt und Informationen über pflegerelevante Ressourcen und Probleme eingeholt. Hinzugezogen werden die Daten aus dem ärztlichen Anamnesegespräch und die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Daraus ergibt sich ein umfassendes Bild vom Aufnahmezustand aus dem die Pflegefachkraft den Pflegebedarf für den Aufenthalt in der Klinik und auf die Krankheit bezogen erkennen kann. Sie benötigt Empathie, um ein Vertrauensverhältnis zum Erkrankten aufbauen zu können. In einer für den Patienten vermutlich angespannten und beängstigenden Situation ist es wichtig, Sicherheit zu vermitteln und ihn über jeden für die Behandlung erforderlichen Schritt zu informieren. Ein beratender Ansatz sollte, wie ein roter Faden, im Dialog verfolgt werden. Ist es dem Patienten nicht möglich, selbstständig Auskunft zu geben, so können Überleitungsbögen aus Pflegeeinrichtungen oder das Befragen von Angehörigen in Verbindung mit einer fokussierten Krankenbeobachtung

 DOI: 10.1055/s-0037-1607473

hilfreich sein. Üblicherweise wurden in Krankenhäusern für die Pflegeanamnese standardisierte Verfahren entwickelt, die sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) oder anderen Pflegemodellen orientieren. Die Dokumentation erfolgt in einem extra dafür vorgesehenen Formular, das zunehmend digital verwaltet wird.

Merke

In Kliniken mit integrierten Terminambulanzen werden die Pflegeanamnesegespräche von geplanten Patienten bereits prästationär geführt. Es hat für die Betroffenen den Vorteil, dass die Gespräche in Behandlungsräumen ohne Dritte und ohne Störungen geführt werden können. Auf einer Regelpflegestation gestaltet sich eine solche Gesprächsatmosphäre schon allein aufgrund der Tatsache von Mehrbettzimmern und ständiger Erreichbarkeit der Pflegenden eher schwierig (**Abb. 1**).

Abb. 1 Pflegeanamnesegespräch. *Die Pflegekraft ermittelt gemeinsam mit der Patientin pflegerelevante Ressourcen und Probleme, die sie für die Pflegeplanung verwendet.*
Foto: Lars Gröne

Pflegeplanung

Aus den Daten der Arzt- und Pflegeanamnese ergibt sich die Pflegeplanung, die in der Abdominalchirurgie die pflegerische Vorbereitung auf den invasiven Eingriff beinhaltet. Die Pflegeplanung ist laut Krankenpflegegesetz seit dem Jahr 1985 für professionell Pflegende verbindlich. Sie trägt dazu bei, pflegerisches Handeln zu strukturieren, systematisch zu erfassen,

durchzuführen und zu bewerten. Individuell auf den Patienten abgestimmt werden Pflegeziele formuliert, die nach Möglichkeit mit dem Erkrankten zusammen erstellt werden. Die schriftliche Fixierung ermöglicht, dass die Umsetzung der Maßnahmen durch alle beteiligten Pflegenden einheitlich durchgeführt wird.

Merke

Die Informationssammlung aus der Arzt- und Pflegeanamnese, die darauf aufbauende Planung, die Durchführung und die Evaluation ergeben den Pflegeprozess.

Die Pflegeplanung vor chirurgischen Eingriffen stellt eine Besonderheit dar. Zum einen erfasst sie den allgemeinen Pflegebedarf zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und des Weiteren erfolgt eine prospektive Planung für ein überschaubares Zeitfenster für die Tage nach der Operation (je nach Eingriff maximal drei Tage postoperativ). Die chirurgischen Schwerpunkte beziehen sich auf:

- prä- und postoperative Prophylaxen wie die der Thrombose-, Pneumonie-, Sturz-, Obstipations-, Dekubitus-, Soor- und Aspirationsprophylaxe
- spezielle Hygienemaßnahmen wie die antiseptische Waschung und die Rasur des Operationsgebietes
- Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz
- postoperative Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung
- Stellen und Verabreichen von angeordneten Medikamenten (oral, subkutan, intramuskulär und intravenös) inklusive der Krankenbeobachtung insbesondere auf evtl. allergische Reaktionen
- Frühmobilisation nach der Operation
- perioperative Infusionstherapie inklusive der Bilanzierung
- Kostab- und Kostaufbau in der perioperativen Phase inklusive der Bilanzierung
- Gabe von Sondenkost über eine PEG oder PEJ (Perkutan endoskopische Gastroskopie/ Jejunostomie) inklusive der Bilanzierung
- Wundkontrolle und -versorgung inklusive weiterer Verbandwechsel von Zu- und Ableitungen
- Beobachtung und Pflege von Drainagen, Kathetern, Sonden und weiteren Ableitungssystemen
- Beobachtung und Pflege von angelegten Stomata
- Beurteilung von Ausscheidungen wie Urin, Stuhl, Erbrochenem, Gallensaft, Schweiß, Blut, Lymphe, Schleim und Flüssigkeiten auch die der Ableitungssysteme nach Form, Farbe, Menge, Konsistenz und evtl. Beimengungen
- Hinzuziehen von Spezialisten wie Physiotherapeuten, Wundexperten, Stomatherapeuten, Diätassistenten und Schmerztherapeuten

Die Aufzählungen machen den Umfang und die Wahrnehmung der Verantwortlichkeit der Pflegepersonen in der perioperativen Phase deutlich. Ihre Krankenbeobachtung nimmt einen direkten Einfluss auf den Erfolg der Therapie. Daher hat der Pflegeprozess eine ganz besondere Relevanz. Er sollte leserlich und strukturiert beschrieben werden, sodass der Stand und der Verlauf der Behandlung für alle Akteure zu jeder Zeit nachvollziehbar ist. Eine dokumentierte Evaluation und sich daraus ergebende Anpassungen sind darüber hinaus mit dem Patienten und dem Behandlungsteam zu kommunizieren.

Merke

Die Pflegeübergabe am Patientenbett ist ein Instrument, die es dem Patienten aktiv ermöglicht, täglich in den Pflegeprozess mit allen ihm zugeteilten Pflegenden eingebunden zu sein. Für die übernehmende Pflegefachkraft hat es den Vorteil, dass sie nicht nur die wesentlichen Daten und Informationen mündlich mitgeteilt bekommt, sondern sie kann sich ein persönliches Bild vom Erkrankten machen. Diese Herangehensweise unterstreicht eine transparente Haltung, die den Patienten als gleichberechtigten Partner in das pflegerische Handeln stellt.

Ausführen von ärztlichen Anordnungen

Merke

Die Delegation von ärztlichen Aufgaben auf das Pflegepersonal ist nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Wer eine Aufgabe übernimmt, trägt die volle Durchführungsverantwortung, und der Arzt muss sich im Vorfeld von der Befähigung überzeugt und sie schriftlich vermerkt haben. Vor der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten sollte die Pflegefachkraft stets die eigene Fähigkeit zur Ausübung der Anordnung kritisch hinterfragen; im Zweifel muss sie die Übernahme der Tätigkeit ablehnen.

Eine ärztliche Anordnung, die mit einer Delegation an das Pflegepersonal einhergeht, sollte schon wegen haftungs-, straf- und arbeitsrechtlicher Verantwortlichkeiten in einer schriftlichen und lesbaren Form durch den Arzt erfolgen. Im Sinne der Patientensicherheit sollte bei der Delegation vor der Verabreichung von Medikamenten immer nach der 6-R-Regel vorgegangen werden:

- richtiger Patient
- richtiges Medikament
- richtige Dosierung
- richtiger Zeitpunkt
- richtige Applikationsform
- richtige Dokumentation

Telefonische Anordnungen des Mediziners sollten lediglich eine Ausnahme in Notfallsituationen sein. Den Chirurgen bleibt aufgrund ihres Tätigkeitsfeldes (z. B. unabkömmlich im Operationssaal) manchmal keine andere Wahl, als auf diese Art der Delegation zurückzugreifen. Ist dieses der Fall, wiederholt die Pflegefachkraft mündlich die Anweisung, dokumentiert ebenfalls lesbar in der dafür vorgesehenen Patientenakte den Namen des anordnenden Arztes mit dem Zusatz mündlich oder telefonisch, führt die Anordnung aus, bestätigt die Durchführung mit ihrem Kürzel und lässt sich die Delegation zum nächstmöglichen Zeitpunkt vom anordnenden Arzt gegenzeichnen.

Das Einbinden von Behandlungspfaden, die gesondert für spezielle Diagnosen und der darauf abgestimmten Therapie erstellt wurden, erleichtern die Umsetzung insofern, dass sie ganze Prozesse für Pflegende, die delegierbare ärztliche Tätigkeiten beinhalten, mit ihren Verantwortlichkeiten klären. Vor der Freigabe dieser Standards, stellt die zuständige weisungsbefugte pflegerische Leitung sicher, dass alle Pflegenden in der Umsetzung von delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten geschult sind, oder sie diese erst dann ausführen, wenn sie die dafür erforderliche Handlungskompetenz erworben haben. Dies hat den Vorteil, dass bei gängigen Operationen eine standardisierte Vorgehensweise gewährleistet ist, und darüber hinaus ermöglicht es den Pflegefachkräften ein selbstständiges Arbeiten, ohne dass der Arzt jede Einzeltätigkeit schriftlich delegieren muss. Selbst Abweichungen sind im Pfad berücksichtigt und beschreiben, wie die Pflegeperson in einem solchen Fall weiter vorgehen muss.

Hygienemaßnahmen

Im chirurgischen Alltag müssen im Umgang mit allen Patienten bestimmte grundlegende Präventionsmaßnahmen eingehalten werden, die sowohl dem Schutz anderer Patienten als auch dem Schutz des Personals vor einer Übertragung dienen. Zur Basishygiene hat das Robert Koch Institut (RKI) Empfehlungen zur Händehygiene, Reinigung und Desinfektion von Flächen, Aufbereitung von Medizinprodukten und Einzelempfehlungen bei bestimmten medizinischen Maßnahmen wie Injektionen und Punktionen beschrieben. Darüber hinaus sollte die S1-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in der Chirurgie konsequent ihre Anwendung finden. Sie hat das Ziel, die nosokomiale Infektionsrate zu senken, insbesondere die der postoperativen Infektion des Wundgebietes, welche an erster Stelle steht.

Merke

Die Umsetzung der Empfehlungen des RKI und der AWMF mindern das Risiko einer postoperativen Wundinfektion.

Die Maßnahmen im Überblick:

Gesamt:

- Patient, wo nötig, über die Wichtigkeit der Maßnahmen informieren

- Surveillance (systematische Erfassung von Infektionen)
- Checklisten (zur Vermeidung von Kommunikationsverlusten)
- Compliance (Überprüfungen im Sinne des Qualitätsmanagements)
- Schulungen und Trainings für Teams
- Händedesinfektion (oberstes Gebot)

Präoperativ:

- möglichst kurzer präoperativer Krankenhausaufenthalt
- MRSA-Screening
- Haarkürzung/Haarentfernung unmittelbar vor dem Eingriff und nur durch sogenannte Clipper
- Entfernung von Nagellack (an Finger- und Fußnägeln)
- Entfernung von Schmuck und Piercings
- antiseptische Waschung zur Dekolonisation von Keimen
- Bettwäschewechsel nach Haarentfernung und antiseptischer Waschung
- Blutzuckerregulierung mindestens unter 200 mg/dl (11,1 mmol/l)

In der Einleitung bzw. im Operationssaal:

- Antibiotikaprophylaxe 30 Minuten vor Schnitt
- Regulierung der Körpertemperatur (Hypothermie vermeiden)
- Antiseptik (Waschung des Operationsfeldes im OP)
- doppeltes Tragen von Handschuhen wegen Wechsel nach 90 Minuten

Postoperativ:

- Beachtung der Liegezeiten von Drainagen und sonstigen Zu- und Ableitungen (nur so lange wie nötig)
- Verbandwechsel (unter sterilen Bedingungen und frühestens nach 24–48 Stunden, ausgenommen durch Exsudat erschöpfte Verbände)
- Mangelernährung vermeiden

Nur bedingt kann das Behandlungsteam auf die vom Patienten ausgehenden Risikofaktoren eingehen. Diese sind:

- Vor- und Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes)
- bestehende Infektionen an anderer Körperstelle
- nasale Besiedlung mit Staphylococcus aureus
- Mangelernährung
- Adipositas
- Rauchen
- maligne Grunderkrankung

- Zytostatikatherapie/Anämie
- Compliance des Patienten

Prämedikation

Während der Narkosearzt das Anamnesegespräch führt und den Patienten für die erforderliche Anästhesie aufklärt, schreibt er ggf. präoperative Anordnungen für das Pflegepersonal auf ein eigens dafür erstelltes Anästhesieprotokoll. Diese Anordnungen nennt man Prämedikation. Gängige Anordnungen sind:

- Blutzuckerkontrollen
- Blutentnahmen zur Bestimmung von z. B. Gerinnungsfaktoren, Blutbild und Elektrolyten
- Bestimmung von Blutgruppe und ggf. Bestellung von Erythrozytenkonzentraten und Blutplasma
- Nüchternzeiten
- präoperative Gabe der Hausmedikation, Benzodiazepine, Antiemetika, Cortison, Antihistaminika, Thyreostatika u. a.

Das Aufnahmegespräch durch den Anästhesisten, wie auch das Gespräch für die Einwilligung in die „geplante“ Operation durch den Chirurgen, muss aus rechtlichen Gründen spätestens am Tag vor dem Eingriff erfolgen. Die zuständige Pflegekraft sollte unmittelbar nach dem Gespräch einen Einblick in die ärztlichen Dokumentationen nehmen und mit den ihr übertragenden Anordnungen beginnen und die Durchführung mit Uhrzeit und ihrem Kürzel auf dem Protokoll vermerken. Ein zu spätes Handeln (dadurch z. B. keine Gerinnungsfaktoren vor dem Eingriff vorhanden) kann zum Absetzen der geplanten Operation führen, welches nicht nur die organisatorischen Abläufe behindert, sondern auch für den Patienten psychisch belastend ist.

Spezielle Pflege

Präoperative Nüchternheit und Abführmaßnahmen

Merke

Die präoperative Nüchternheit ist von Bedeutung, um einer Aspiration in der Narkoseeinleitung vorzubeugen.

In den letzten Jahren wurden die Empfehlungen zu den Zeiten der präoperativen Nüchternheit und den Abführmaßnahmen mehrmals geändert. Eine in vielen Krankenhäusern gängige Vorgehensweise ist eine präoperative Nüchternheit von zwei Stunden für klare Flüssigkeiten wie ungesüßten Tee oder Wasser, für leichte Mahlzeiten sechs Stunden, für fettreiche Mahlzeiten acht und mehr Stunden. Rauchen oder Kaugummi kauen steigert die Produktion von Magensaft, die

das Risiko einer Aspiration erhöht. Das Rauchen sollte deshalb ebenfalls bis spätestens sechs Stunden vor der Operation eingestellt werden. Generelle Abführmaßnahmen wiederum wurden lange durchgeführt, um eine spontane Darmentleerung intraoperativ zu vermeiden. Diese tritt aber in den seltensten Fällen ein, daher werden sie in den letzten Jahren nur noch bei speziellen Eingriffen vorgenommen. Ein präoperatives Abführen in der Abdominalchirurgie richtet sich heutzutage nach dem geplanten Eingriff und dem jeweiligen Standard der Klinik.

Fast Track

Merke

Unter „Fast Track“ versteht man die multimodale Integration verschiedener perioperativer Maßnahmen zur Beschleunigung der Rekonvaleszenz. Man spricht auch von „Rapid Recovery“.

Bei dieser Methode ist das Verlassen von gewöhnlichen Strukturen in der perioperativen Phase und somit ist ein komplettes Umdenken aller an der Therapie beteiligten Personen erforderlich. Die gesamte Vorbereitung, die Durchführung der OP und die Nachsorge müssen optimal aufeinander abgestimmt werden. Ein gezielter Einsatz der regionalen Anästhesie, Überarbeitung von Standards, ausbleibende Abführmaßnahmen (auch bei Kolonoperationen), ein beschleunigter Kostaufbau, die Frühmobilisation und das aktive Einbinden des Patienten in diesen Prozess, unterstützen dieses Konzept. Kliniken, die ihre Abläufe auf die Fast Track-Methode umstellen, sollten alle beteiligten Mitarbeiter im Vorfeld schulen. Dieses Modell berücksichtigt natürlich auch die Verkürzung der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus.

Anzeichnen von Stomaanlagen

In der Abdominalchirurgie ist das intraoperative Anlegen eines vorübergehend oder endgültig angelegten Stomas bei diversen Darmoperationen keine Seltenheit (z. B. bei Darmkrebs, Polypen, entzündlichen Prozessen wie beispielsweise Morbus Crohn). Die Gründe dafür können vielfältig sein. Sei es, dass der Schließmuskel entfernt wurde und somit eine Inkontinenz besteht, oder erkrankte Darmabschnitte vom Stuhltransport geschont werden müssen. Dabei wird eine Verbindung zwischen der Haut am Bauch und einem Darmstück geschaffen. Der darüber austretende Stuhl wird von einem geruchsbindenden Kunststoffbeutel aufgefangen und muss je nach Versorgungsmaterial und Art des Stomas täglich oder häufiger gewechselt werden. Entscheidend für die spätere Lebensqualität des Patienten ist die optimale Positionierung der künstlich geschaffenen Anlage. Im persönlichen Gespräch mit dem Betroffenen oder der ihn betreuenden Person, wird diese Position durch einen Stomatherapeuten oder erfahrenen Chirurgen ermittelt und mit einem wasserfesten Stift fixiert (siehe hierzu den letzten Beitrag in dieser Lerneinheit). Es empfiehlt sich, mehrere geeignete Punkte zu markieren, für den Fall, dass sich die angezeichnete Stelle intraoperativ als nicht praktikabel erweist.

 DOI: 10.1055/s-0037-1607473

Merke

Die zuständige Pflegefachkraft ist gehalten, wenn noch nicht zuvor geschehen, spätestens bei der Pflegeplanung, den Termin mit dem Stomatherapeuten zum Anzeichnen zu vereinbaren. Der Patient sollte von ihr die Möglichkeit erhalten, im Vorfeld zu überlegen, welche Kleidung er am liebsten trägt, welchen Lebensgewohnheiten er nachgeht und welche Person beim Beratungs- und Anzeichnungstermin dabei sein sollte.

Analgesieverfahren

Im Rahmen des anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs durch den Narkosearzt sollte begleitend auch mit dem Patienten über den Sinn und die Möglichkeiten moderner Behandlungsverfahren der postoperativen Analgesie gesprochen werden. Eine individuelle präoperative Beratung mindert die zu erwartende postoperative Schmerzsymptomatik. Daher sollte auch die Pflegefachkraft im Vorfeld mit dem Patienten über seine Ängste und Befürchtungen reden und ihn mit der in der Klinik vorhandenen Schmerzskala vertraut machen. Eine adäquate Erfassung des Schmerzes ist hiermit gewährleistet. In der Regel werden Analogskalen mit einer Angabe in Zahlen von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) verwendet. Das subjektive Schmerzempfinden wird je nach Bedarf mehrmals täglich anhand dieses Instruments ermittelt und die Schmerzmittelgabe daran angepasst. Bei einem Schmerzempfinden von höher 5 ist der Patient unzureichend mit Analgetika versorgt und der verantwortliche Arzt muss die schmerzlindernde Therapie anpassen. Wie auch dem Arzt, kommt der Pflegenden bei der Umsetzung einer Schmerztherapie eine zentrale Rolle zu. Sie überwacht den Patienten und verabreicht die Medikamente. Neben der Warnfunktion stellt der Schmerz auch einen erheblichen Stressfaktor dar, der einen Einfluss auf das postoperative Geschehen nimmt. Fachwissen und ein daraus resultierendes systematisches pflegerisches Handeln sind also geboten, um beispielsweise eine schmerzbedingte verspätete Mobilisation oder Herz-Kreislauf-Auffälligkeiten zu vermeiden. Daher sollte die Pflegeperson bereits im Anamnesegespräch den Patienten zu früheren Schmerzerfahrungen und seinen Bewältigungsstrategien befragen und bei Bedarf diese in den Pflegeprozess als Ressource einbeziehen. Schmerzlindernde pflegerische Maßnahmen werden in der Pflegeplanung für die postoperative Zeit vermerkt. Diese können sein:

- Verständnis für den Patienten und seine Schmerzsituation zeigen. Ihn zur Schmerzäußerung auffordern, den Schmerz ernst nehmen und die Ursache klären
- Unterweisung des Patienten, wie er schmerzarm aufstehen kann
- unterstützende Maßnahmen zeigen, z. B. beim Husten oder Aufstehen Gegendruck auf die Wunde ausüben (z. B. Bauchwunden)
- häufiges Lagern des Patienten in eine für ihn angenehme Position
- lokale Kälteapplikationen (z. B. bei infizierten Wunden)
- lokale Wärmeapplikationen (z. B. trockene Wärme bei geblähtem Bauch)

- Drainageableitungen so befestigen, dass sie Bewegungsmöglichkeit gestatten und keinen Zug ausüben

Letzter Check vor der Übergabe an das OP-Team

Das Einführen von Kontrollen mit Checklisten verschafft dem Patienten Sicherheit. In vielen Klinken erfolgt dieser Schritt mit der Team-Time-Out-Methode, die durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in Zusammenarbeit mit der Aesculap AG entwickelt wurde. Dabei wird in mehreren Stufen von allen an der Operation beteiligten Mitarbeitern anhand einer Checkliste die Patientenidentifikation, die Besonderheiten des Eingriffs und die Eingriffsart mehrmals wiederholt bestätigt. Darüber hinaus ist es in jeder modernen chirurgischen Klinik Usus, dass der Patient bei der administrativen Aufnahme ein bedrucktes Identifikationsarmband mit seinem Namen, Geburtsdatum, Fallnummer und Fachdisziplin bekommt (**Abb. 2**). Erweiterte und auf die chirurgischen Kliniken angepasste Team-Time-Out-Bögen, beinhalten beispielsweise, dass die Daten auf dem Armband unmittelbar vor der Operation mit dem Patienten zusammen abgeglichen werden. Viele Operateure visitieren am Eingriffstag ihre Patienten und stellen damit ein letztes Mal sicher, ob alle Fragen geklärt sind und die Einwilligung in die Operation weiterhin uneingeschränkt gegeben ist. Bei dem noch wachen und nicht sedierten Patienten markiert er mit einem wasserfesten Stift den Eingriffsort mit einem Kreuz. Danach kann die Pflegekraft mit den letzten Vorbereitungen für die Operation beginnen (Haarentfernung, Unterstützung bei der antiseptischen Waschung, Bett beziehen, Antithrombosestrümpfe anziehen usw.) und gleicht abschließend durch die Befragung des Patienten und der Akteneinsicht den Team-Time-Out-Bogen in Form des schriftlichen Abhakens ab. Zum Abschluss unterschreibt sie das Protokoll und kann danach den Patienten dem Operationsteam übergeben.

DOI: 10.1055/s-0037-1607473

Abb. 2 *Zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen wird der Patient vor der Einleitung in den OP noch einmal nach seinem Namen, der geplanten Operation und dem Eingriffsort befragt.*
Foto: Paavo Blåfield

Mehr in CNE

In der CNE Bibliothek finden Sie das Buch „Chirurgie für Pflegeberufe“. Hier werden alle operativen Bereiche der Chirurgie behandelt: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/9783133329224_2_1/-/1.

Lars Gröne

Abteilungsleitung Pflege Rotes Kreuz Krankenhaus, Bremen